

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

28

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Jacques-André VOULFOW

Né le 10 Juin 1917, à Valence (Drôme).

Présentée et soutenue publiquement le... **17 JAN 1945** ... 19..

**Etude de la mortalité maternelle
dans le Service
de la Maternité de l'Hôpital Tenon
(Service du Professeur DIGONNET)
pendant les années 1942, 1943 et 1944**

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VOULFOW.**

Prénoms : **Jacques-André.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

VOULFOW (Jacques-André). — Etude de la mortalité maternelle dans le Service de la Maternité de l'Hôpital Tenon (Service du Professeur DIGONNET) pendant les années 1942, 1943 et 1944. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

VOULFOW (Jacques-André). — Etude de la mortalité maternelle dans le Service de la Maternité de l'Hôpital Tenon (Service du Professeur DIGONNET) pendant les années 1942, 1943 et 1944. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

VOULFOW (Jacques-André). — Etude de la mortalité maternelle dans le Service de la Maternité de l'Hôpital Tenon (Service du Professeur DIGONNET) pendant les années 1942, 1943 et 1944. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

VOULFOW (Jacques-André). — Etude de la mortalité maternelle dans le Service de la Maternité de l'Hôpital Tenon (Service du Professeur DIGONNET) pendant les années 1942, 1943 et 1944. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Jacques-André VOULFOW

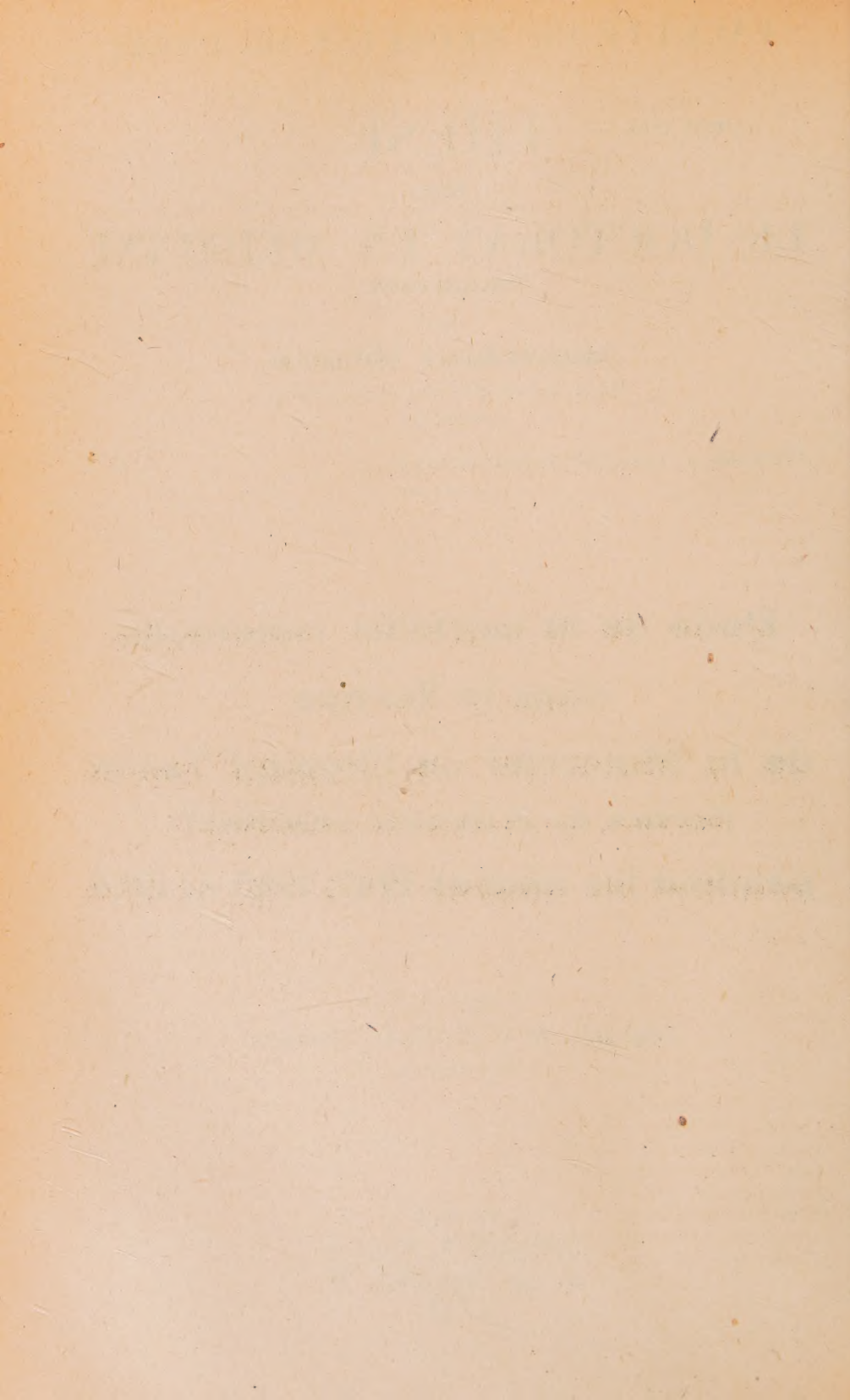
Né le 10 Juin 1917, à Valence (Drôme).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

**Etude de la mortalité maternelle
dans le Service
de la Maternité de l'Hôpital Tenon
(Service du Professeur DIGONNET)
pendant les années 1942, 1943 et 1944**

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945



DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN BAUDOUIN

ASSESSEUR LEON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
Clinique médicale propédeutique	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VILLARET.
Cliniques obstétricales	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SENEQUE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	N...
Clinique urologique	LIAN.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAMPY.
Histologie	

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.		DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie	DELARUE.	Médecine	LELONG.
pathologique .	Mlle GAUTHIER-	générale . . .	LENEGRE.
	VILLARS.		MARCHAL.
Bactériologie . . .	BONNET.		MOLLARET.
Chimie médicale .	N...		MOUQUIN.
	AMELINE.		SOULIE.
	FEVRE.	Médecine légale .	DESOILLE.
	FUNCK-		DIGONNET.
	BRENTANO.	Obstétrique . . .	LACOMME.
Chirurgie	MENEGAUX.		SUREAU.
générale . . .	PATEL.		N...
	SICARD.	Ophtalmologie . .	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie . .	HALPHEN.
	N...	Parasitologie . . .	LAVIER
	N...	Parasitologie	
Histologie	BULLIARD.	coloniale	N...
Hydrologie	N...	Pathologie	
Hygiène	N...	expérimentale .	LEMAIRE.
	BARIETY.	Pharmacologie .	Mlle J. LEVY.
	BERNARD (Et.).		N...
Médecine	BOULIN.	Physiologie . . .	RICHET.
générale	BROUET.		N...
	CACHERA.	Physiologie	
	COSTE.	médicale	DESGREZ (H.).
	DELAY.	Thérapeutique . .	TURPIN.
	GARCIN.	Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT.

MM.		MM.		
Clinique	}	GATELLIER.	{	ALAJOUANINE.
chirurgicale .		DE GAUDART		CHEVALLIER.
		D'ALLAINES.		LAROCHE Guy.
Clinique				MOREAU.
obstétricale . .		ECALLE.	Clinique	
			urologique . . .	FEY.

V. — CHARGES DE COURS

MM.		MM.	
Puériculture . . .	N...	Stomatologie . . .	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.		

MM.	
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES SŒURS

A ALEXANDRE PECHNIK

Mon fraternel condisciple.

A MADemoisELLE Y. VIALLEFONT

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL

Professeur à la Chaire de Chirurgie obstétricale
de la Clinique de Beaudelocque

*Qui m'a fait le grand honneur
de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ DIGONNET

Chef de Service à la Maternité de l'Hôpital Tenon

*Qui m'a aidé et guidé au cours
de ce travail.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO.

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CARNOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. MAY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR SORREL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIGONNET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMBERT

Chef du Service de Physiologie de l'Hôpital de Corbeil

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOIDIN

Chef de Service à l'Hôpital de Corbeil

INTRODUCTION

En 1943, durant notre passage à la Maternité de l'hôpital Tenon, dans le service du Professeur agrégé DIGONNET, nous avons vu fréquemment admettre des femmes dont le bilan physique pouvait donner quelques inquiétudes. Or, malgré les mauvaises conditions matérielles dont les futures mamans souffraient nous ne vîmes que très exceptionnellement d'issue fatale lors de l'accouchement ou au cours de suites de couches. En outre, les accidents infectieux qu'on était peut-être en droit de craindre, soit par déficience de constitution, soit à cause de l'ensemble des restrictions ne se firent que très rarement sentir.

Actuellement à la lueur des conditions médiocres des organismes maternels mis à fortes épreuves pendant les années d'occupation, nous avons été frappés par la très faible mortalité et nous avons cru qu'il serait intéressant d'entreprendre cette étude sur les années qui ont précédé et suivi notre passage à la Maternité.

On pouvait légitimement supposer tout au moins que l'ensemble des mauvaises conditions de vie aurait pour conséquence un accroissement des infections puerpérales.

Grâce à des miracles d'ingéniosité et de ménage-ment, grâce à l'application stricte de principes prophylactiques, systématiques, le service a pu écarter ce re-

doutable danger, et nous verrons dans cette étude un aperçu de cette application.

Nous verrons aussi que la part qui revient à l'infection dans la mortalité maternelle est minime pour ne pas dire inexistante, exception faite pour les infections qui trouvent leurs origines hors du service.

Grâce à la collaboration des sage-femmes du service nous avons pu établir complètement la liste des femmes décédées et grâce à la sollicitude et à la complaisance du Professeur DIGONNET, nous avons pu rechercher dans les archives, les dossiers qui nous étaient nécessaires. Nous en avons tiré les éléments qui constituent le noyau de ce travail.

Les recherches statistiques que nous reproduisons s'étendent sur une période qui va du début de la prise en main du service par le Professeur DIGONNET, en janvier 1942, jusqu'à décembre 1944, c'est-à-dire, sur les trois années qui furent peut-être les plus pénibles de l'occupation.

Nous estimons utile de présenter d'abord les différentes observations, année par année, avant de faire une classification quelconque.

Année 1942

Au cours de cette année la mortalité maternelle est représentée par deux cas. Le nombre d'accouchements effectués est de 1.516.

Observation n° 1.

Mme B..., Caroline, 28 ans, primipare.

On ne trouve rien de suspect dans les antécédents. L'évolution de cette gestation est normale. Quand la femme se présente dans le service, au huitième mois de sa grossesse, le 2 février 1942, elle est dans un état très satisfaisant.

La présentation est céphalique. La tête est haute et mobile. Le dos à droite, les bruits du cœur fœtal sont très nettement perçus.

La hauteur utérine est de 33 cm. Le col utérin est long.

— Le 3 février :

A 3 heures, la dilatation est à 2 francs, les bruits du cœur sont perçus. On ne peut rien dire des membranes. La tête est toujours élevée, mobile, ne débordant pas le plan de la symphyse pubienne. Le dos est à droite et la hauteur utérine est de 33 cm. La température est de 37°4.

A 11 h. 30, au cours d'un nouveau toucher le promontoire est accessible.

A 11 h. 45, la tête toujours haute n'est pas engagée, les bruits du cœur sont plutôt ralentis et irréguliers mais bien frappés. La dilatation se situe entre 2 et 5 francs. La tête s'applique mal au col. On mesure la distance au promontoire qu'on atteint à bout de doigt : 11 cm. 5.

A 14 h. 15, la tête n'est pas engagée et la dilatation est à petite paume. Les bruits du cœur sont bien frappés.

A 16 heures, des contractions utérines, assez espacées apparaissent toutes les dix minutes, pendant trente à quarante secondes. Bruits du cœur normaux.

A 20 heures, les contractions continuent sur le même rythme. Les bruits du cœur deviennent irréguliers.

A 21 heures, la tête est toujours élevée et mobile et les bruits du cœur continuent à être irréguliers. Le col est souple, la tête s'applique mal sur le col. On a l'impression de sentir une poche des eaux. Même allure rythmique des contractions.

A 22 h. 30, bruits du cœur irréguliers.

— *Le 4 février :*

A 0 h. 10, le femme perd un peu de liquide légèrement teinté. Si les bruits du cœur sont irréguliers ils restent bien frappés. Les douleurs se rapprochent et durent cinquante secondes.

A 1 h. 30, on perçoit les bruits du cœur.

A 4 heures, la tête se fixe sans s'engager, la dilatation est à petite paume. Les douleurs des contractions durent trente à quarante secondes, espacées de sept à huit minutes.

A 6 heures, les bruits du cœur se ralentissent, la dilatation reste à petite paume.

A 9 h. 30, issue de liquide teinté. Les bruits du cœur sont perçus, ralentis.

A 10 h. 10, les bruits du cœur ralentis et irréguliers sont néanmoins bien frappés. La tête n'est pas engagée et plonge très peu lors des contractions. La dilatation reste la même. La lèvre antérieure du col ne s'efface pas. Le col est souple.

A 12 h. 15, on perçoit encore les bruits du cœur.

A 16 h. 30, rien de changé dans la dilatation et la position céphalique. Le liquide amniotique se teinte fortement de méconium. Les bruits du cœur se ralentissent davantage.

L'indication de terminaison de l'accouchement est posée en raison des facteurs suivants :

— Lenteur du travail : 36 h. 45.

— Anomalie de la dilatation par défaut de contractions.

— Défaut d'engagement de la tête (légère viciation pelvienne) et surtout

— Souffrance fœtale.

L'intervention a lieu selon la méthode classique : laparotomie médiane sous-ombilicale. Décollement intervésico-utérin facile en raison de l'inhibition gravidique. L'extraction de l'enfant est facile. Le liquide amniotique est épais et jaunâtre. Le cordon est latéroprocident. Délivrance immédiate. *Injection de dix unités d'hypophyse intra-musculaire dans le muscle utérin* et dix autres unités sous-cutanées. Aspiration des liquides.

Les sutures : le premier plan en points totaux séparés au catgut n° 2. Le second plan : enfouissement surjet au catgut n° 0. Points en U vésicaux. Surjet péritonéal utéro-vésical. Paroi en trois plans.

Au cours de la suture du deuxième plan, (celui des

sutures utérines) on s'aperçoit que la respiration de la femme est irrégulière. Elle a perdu beaucoup de sang (aspiré en même temps que le liquide). Le pouls n'est plus perceptible et il est impossible de trouver une veine pour pratiquer une injection de sérum. La malade est en état de collapsus veineux et présente une adiposité de la peau. Après l'intervention on arrive cependant à dénuder une veine du bras mais à ce moment la respiration s'arrête.

L'utérus n'est pas rétracté, il occupe toute la cavité abdominale qui est inondée de sang.

La mort est due à une hémorragie de la délivrance par inertie utérine.

L'enfant est vivant, bonne santé apparente, pesant 3 kg. 120.

Observation n° 2.

Mme C., Madeleine, 21 ans, primipare.

Dans ses antécédents on note que son père est décédé des suites de guerre, sans précision.

Quand elle est admise dans le service, le 25 mai 1942, elle est à terme et l'histoire de sa grossesse ne révèle rien d'anormal.

L'accouchement se fait très normalement en présentation céphalique, la délivrance est naturelle, les membranes déchirées sont dissociées, le cordon est excentrique.

L'enfant naît étonné, et nécessite dix minutes de soins pour lancer son premier cri. Il pèse 2 kg. 880 et le placenta 490 grammes. Cet accouchement a lieu le 25 mai 1942.

— Le 4 juin, les suites de couches étant très norma-

les, la malade veut sortir sur sa demande. Pas de température ni de modification du pouls.

A 10 heures la femme qui s'était levée depuis quelques minutes fait une chute brusque au pied de son lit. Elle est relevée sans connaissance et reste pendant une dizaine de minutes dans un état voisin du coma, sans mouvements convulsifs, ni signes d'asphyxie. Mais son faciès est pâle et son pouls imperceptible. On fait une injection de solucamphre. Au bout de quelques minutes la femme s'agite intensément, crie et se débat pendant quelques instants.

La mort survient vingt minutes environ après le début de ces accidents.

L'autopsie montre :

— Lividité cadavérique à la face postérieure des bras, et aux fesses.

— Les poumons sont de teinte plus foncée que normalement surtout à droite. A la coupe, pas d'infarctus, ni de thrombus, pas de foyer hémorragique.

— Cœur normal.

— Vaisseaux médiastinaux normaux.

— Rate et foie normaux.

— Reins congestifs, pas de lésion macroscopique.

— Au niveau de l'utérus le péritoine présente près du segment inférieur, à l'union des faces latérales et postérieures de l'utérus, de chaque côté, un orifice du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Très peu de sang coagulé dans orifice sans communication avec le muscle utérin.

— Réseau veineux péri-utérin normal.

— Encéphale normal, les coupes ne montrent aucune lésion. Pas d'épanchement intracranien.

En résumé, la femme a été emportée par une embolie probable.

Année 1943

Trois décès pour 1.466 accouchements.

Observation n° 3.

Mme B..., Esthel, 38 ans, multipare.

Cette femme entre dans le service le 10 avril 1943 à la suite d'un avortement pratiqué en ville, laissé sans soin, au terme de cinq mois.

Ses antécédents montrent que sa mère et une de ses sœurs sont mortes tuberculeuses.

Du point de vue pathologique :

— Depuis 1925, cette femme « souffre » du ventre pour lequel elle subit un traitement électrique.

— En 1931, début de pleurésie après deux congestions pulmonaires.

— En 1933, septicémie à la suite d'un avortement provoqué de six semaines, suivi de curettage. Soignée en chirurgie.

— En 1939, réhospitalisée en chirurgie pour électrocoagulation. (?)

— En 1941, à la suite d'une aménorrhée de six mois elle est hospitalisée de nouveau et aurait présenté une importante hémorragie. Quelques mois plus tard même épisode.

Du point de vue obstétrical :

— En 1921, la femme accouche normalement d'une fille qui meurt de méningite à trois mois.

— En 1923, accouchement normal en ville. C'est un garçon, bien portant actuellement.

— En 1924, avortement au deuxième mois sans curettage.

— En 1925, accouchement normal en ville d'un garçon qui meurt de coqueluche à deux mois.

— En 1926, accouchement normal d'une fille bien portante depuis.

— En 1928, une autre fille, mêmes conditions.

— En 1929, accouchement à terme d'un garçon décédé à dix mois de broncho-pneumonie.

— En 1933, avortement provoqué à deux mois.

— En 1935, avortement non provoqué à trois mois sans curettage.

— En 1936, même accident.

— *Le 10 avril*, lorsqu'elle est admise dans le service, c'est encore à la suite d'un avortement, en ville, et laissé sans soins.

Lé fœtus de cinq mois et demi est macéré, pèse 500 grammes.

A l'entrée, la température est de 40°. On prescrit 500 grammes de sérum, une huile camphrée et Pressyl.

A 20 heures, délivrance artificielle après injection d'eau oxygénée intra-ovulaire, puis 500 grammes de sérum sous la peau et solucamphre. La température est toujours à 40°. Le faciès infecté, le pouls est filant, imprenable, les muqueuses sont décolorées, le teint est jaune, les urines foncées, épaisses et albumineuses. Cependant l'arrière-faix n'est pas évacué et dégage une odeur infecte. On continue l'eau oxygénée, le sérum, le

solucamphre, et on administre des sulfamides toutes les demi-heures. (Septoplîx.)

A 22 h. 30, l'état s'améliore, le pouls est bien frappé, la température est à 38°8, on fait sous anesthésie un curettage rapide et sans brusquerie. On retire une masse placentaire, d'odeur infecte. A la face postérieure de l'utérus, près du segment inférieur existe une anfractuosité du muscle utérin qui s'insinue à la périphérie. L'exploration au doigt de cette anfractuosité ne permet pas de trouver une solution de continuité. A droite de cette anfractuosité, existe une tuméfaction qui semble due à des fibres musculaires rétractées. On fait une injection importante d'eau oxygénée, intra-utérin, du sérum physiologique sous-cutané et sulfamides toutes les heures.

— *Le 11 avril*, la température s'abaisse progressivement, le pouls est rapide et bien frappé, mais l'ictère se généralise, l'asthénie est profonde, s'accompagnant de céphalées, de vertiges, de mouches volantes, de nausées sans vomissements.

L'abdomen est météorisé, il se défend sans présenter de contractures nettes, l'hypogastre et les fosses iliaques sont douloureuses. La rate est impalpable. Les hémorrhagies sont importantes. Devant un tel tableau on pratique une hémoculture et une urée sanguine qui montre 1 gr. 50 d'urée.

La malade n'ayant pas uriné depuis 24 heures, un sondage ramène quelques centimètres cubes d'une urine sanglante, et sans attendre on administre :

— 1.500 cc. de sérum glucosé sous la peau.

— 1.000 cc. de sérum physiologique intra-veineux en deux fois.

— 20 cc. de sérum antigangr neux.

puis on demande un transfuseur pour donner 250 gr.

de sang. On donne à ce moment 6 gr. 50 de septonilix au total.

En outre : solucamphre matin et soir, pressyl plus syncortyl.

— *Le 12 avril*, la température est à 37°, le faciès est plus reposé et le pouls est bien frappé à 100. Cependant l'asthénie progresse. Les céphalées et les nausées persistent, la langue est sèche et rôtie, l'ictère se fonce. L'abdomen est moins ballonné les selles sont normales, la défense est moins accentuée en même temps que les douleurs sont moins vives, les hémorragies moins importantes. Les urines sont noirâtres, rares : 50 cc. dans les vingt-quatre heures. L'urée sanguine augmente à 2 gr. 50.

— *Le 13 avril*, si l'ictère décroît, l'asthénie est extrême et l'urée est à 3 gr. La température est à 38°8.

— *Le 14 avril*, même tableau clinique, l'anémie se complique d'une dyspnée *sine materia*. La température oscille autour de 38°. Un prélèvement des lochies, fait le 12, met en évidence des gros bacilles à bout carré, encapsulés, Gram positif, en grand nombre.

— *Le 15 avril*, état stationnaire. Urée sanguine à 4 gr. température 39°.

— *Le 16 avril*, à la dyspnée s'ajoute une dysphagie. La température atteint 38°2. La malade urine 100 cc. L'urée sanguine indique 5 gr. 50.

— *Le 17 avril*, la malade entre dans le coma. La dyspnée s'accroît, l'anurie est totale, les muqueuses de la bouche, des gencives et la langue sont sanieuses, ulcéreuses, fétides. Température 37°7, urée 5 gr. 80.

La femme meurt au cours de la nuit, vers 24 heures.

La vérification montre :

— Un foie de consistance molle et empâtée, 1.400 gr.

— Deux gros reins congestifs de néphrite aiguë.

— Gros utérus très mou, de 430 gr., violacé, gris noirâtre. Aucune perforation à la coupe. Sous la face antérieure on retrouve l'anfractuosité circonscrite par des masses rouges, adhérentes.

Le décès est dû à une hépato-néphrite sur un terrain bacillaire.

Observation n° 4.

Mme F..., Louise, 27 ans, multipare.

On ne possède aucun renseignement au sujet de son hérédité et de son passé pathologique. Du côté obstétrique, on sait que :

— En 1936, elle a été accouchée sans incident, d'un garçon en présentation par le siège. Cet enfant mourut ayant un spina-bifida huit jours plus tard.

— En 1938, accouchement normal d'un garçon, encore bien portant.

— En 1942, avortement à quatre mois suivi de curettage à Saint-Louis.

En raison de cet avortement, dès le début de sa dernière grossesse on institue un traitement au novar et bismuth.

L'histoire de sa grossesse, suivie, ne montre aucune anomalie et une progression satisfaisante, jusqu'à avril. Alors elle se plaint de troubles de la vision, et de céphalées.

Le 20 avril, elle est hospitalisée en médecine, où elle présente en plus des signes déjà signalés :

— Rachialgies,

— Vomissements alimentaires puis biliaires,

— Température à 38°8.

— Tension 10-7, pouls à 108.

La femme se trouve dans un pseudo-coma, torpeur marquée. Pas de signes méningés, pas de paralysie oculaire, les réflexes sont vifs, babinski bilatérale. Une ponction lombaire ramène un liquide très légèrement xanthochromique, non hypertendu.

Deux lymphocytes par mm³.

Albumine : 1,80.

Benjoin : 002222 1 2222 000.

Réactions de Pandy et Weinbrecht positive.

Urée sanguine : 0,25.

La femme nous est passée le 22 avril.

— A 10 h. 10 l'examen d'entrée se fait difficilement car elle est dans le coma, coma dont l'origine reste encore indéterminée.

Etant donné le traitement dont elle est l'objet après son avortement, il y a lieu de supposer qu'on se trouve en présence d'une apoplexie séreuse dont on connaît le pronostic fatal à brève échéance.

La hauteur utérine est de 32 cm., le dos est à gauche et les bruits du cœur sont perçus.

Vu le terme avancé de la grossesse on a le devoir de sauver l'enfant par une opération césarienne. Cette intervention est pratiquée, basse, classiquement, l'incision empiétant légèrement sur le col à cause du segment inférieur mal formé. L'opération s'effectue sans incident.

On prélève du sang du cordon pour cultiver sur milieu de Lovenstein et de Petriniani.

L'enfant est extrait à 13 h. 45, c'est un garçon vivant de 3 kg. 040. Délivrance immédiate : 500 gr.

— A 22 h. 30 la femme est morte.

A la suite de la vérification on constate :

— Un œdème important des poumons,

— Le foie est aussi œdémateux, le doigt laisse une trace sur le parenchyme à la pression.

— Les méninges sont congestives, le cerveau a peu d'œdème mais présente un piqueté hémorragique.

— Les autres viscères présentent ce même œdème.

Le diagnostic est confirmé : c'est un accident dû aux arsено-benzols.

Observation n° 5.

Mme B..., Jeannine, 40 ans, multipare.

La mère est morte tuberculeuse à 23 ans.

Pathologiquement : ovariectomie en 1930.

Plusieurs grossesses :

— En 1924, accouchement normal d'une fille.

— En 1936, accouchement à terme d'un enfant macéré (siège).

— En 1938, fausse-couche de deux mois.

d'où traitement spécifique dès le début de la gestation actuelle.

A son entrée dans le service, le 20 décembre 1943, à terme, la présentation est céphalique, le dos à gauche, les bruits du cœur perçus. Le col est long, la hauteur utérine de 32 cm. La température est de 37°.

— Le 21 décembre, rupture spontanée des membranes avec issue de liquide couleur de purée de pois.

A 12 heures, la dilatation est à 2 francs, le col s'efface.

A 14 heures, la tête est engagée, le dos est à gauche, mais les bruits du cœur ne sont plus entendus. La dilatation est à grande paume.

A 14 h. 20, la dilatation est complète. Premiers efforts expulsifs.

A 14 h. 30, l'accouchement aisément en OIGA et dégagement en OP. L'enfant est né-mort, ne présentant pas de battement cardiaque, avec circulaire du cordon, triple et serré ; ce cordon est infiltré.

A 15 h. 10, délivrance complète. La température est de 38°, hémorragie légère après délivrance. Le pouls est bien frappé à 80, mais il ne tarde pas à devenir irrégulier et dès lors on administre hypophyse, solucamphre, ergotine et Pressyl, et la femme reste sous la surveillance de la sage-femme de la salle de travail.

A 19 h. 15, l'interne de garde constate que la malade est plus pâle et agitée : de nouveau solucamphre et Pressyl.

A 20 h. 30, shock caractérisé : agitation, angoisse et extrémités froides, pouls faible mais relativement peu rapide. Le cœur est normal. On réchauffe la malade et on lui fait absorber une potion Todd chaud en administrant caféine-éphédrine.

A 21 h. 15, nouvel appel à l'interne. Etat de collapsus très marqué, les extrémités sont froides, le pouls est imperceptible, la pâleur s'accroît de même que l'agitation et l'angoisse, enfin premiers vomissements peu abondants. Malgré l'arsenal thérapeutique déployé la mort se produit à 21 h. 40.

La femme est morte de collapsus nettement caractérisé probablement dû à l'infection.

Année 1944

Au cours de cette dernière année la mortalité maternelle se chiffre à 8 cas sur 1.500 accouchements environ.

Observation n° 6.

Mme R..., Simone, 33 ans, multipare.

Quand elle est admise dans le service, les seuls renseignements qui nous sont donnés nous parviennent du service d'où elle nous est passée, car elle délire.

L'observation mentionne qu'elle a eu cinq accouchements difficiles avec hémorragies. Elle aurait eu un R.A.A. à l'âge de 7 ans.

Elle est admise en médecine le 2 janvier, enceinte de huit mois, cyanosée et déjà subdélirante. On attribue l'origine de ses troubles à un grand frisson qu'elle aurait eu le 23 décembre, qui aurait duré trois heures, après quoi elle aurait accusé un violent point de côté, à la base gauche. Puis elle aurait toussé et craché le sang pendant trois jours. Au moment de son hospitalisation la dyspnée est accentuée et le point de côté persiste, avec une température à 39°.

L'auscultation montre une abolition respiratoire à la base gauche avec gros râles humides et bulleux. Le cœur est difficilement auscultable : il semble irrégulier et un peu mou, la tension marque 10-6,5.

Une ponction pleurale ramène un liquide hémorragique et la réponse du laboratoire conclut au pneumo-

coque. On institue un traitement au Dagénan : 4 gr., oxygène, digitale.

Quand on la passe en Maternité, le 4 janvier, avec le diagnostic de congestion pulmonaire double et pleurésie purulente, la température est à 37°. La cyanose est moindre mais le délire est plus grand.

La présentation est céphalique.

— A 17 heures, la tête est mobile mais les bruits du cœur sont imperceptibles. La dilatation est à 2 francs, les membranes sont intactes. On note en passant l'existence d'un rectocèle volumineux faisant hernie à la vulve.

— 20 h. 50 : rupture de la poche des eaux qui libère un liquide brunâtre.

— 20 h. 55 : l'accouchement s'effectue normalement en OIGA et dégagement en OP. L'enfant est né-mort, pesant 2.770 grammes.

— A 21 h. 30, l'arrière-faix n'est pas encore décollé, la femme ne saigne pas.

— A 22 h. 30, délivrance artificielle de 420 gr. On remet la femme dans son lit avec un enveloppement sinapisé et eucalyptine.

Le 5 janvier on lui donne six grammes de Dagénan, solucamphre sérum, eucalyptine, oxygène, enfin un quart de milligramme d'Ouabaïne intra-veineux.

Le 6, la femme se meurt, en collapsus, dyspnéique et hyperthermique d'infection pulmonaire.

Observation n° 7.

Dame X..., 16 ans, multipare.

Antécédents : le père est décédé à 49 ans, tuberculeux, rien à signaler côté pathologique. Du point de vue obstétrical :

— En 1939, accouchement normal d'un garçon de 3.500 grammes.

— En 1942, accouchement à 8 mois. L'enfant meurt quelques heures après.

— En 1943, avortement spontané sans précision de terme.

En raison de cet avortement et un B. W. négatif un traitement est institué au sixième mois de sa grossesse actuelle, avec du Corps Jaune.

Lors de son hospitalisation, le 13 décembre 1943 : à 15 heures la présentation est podalique, les bruits du cœur sont perçus. Le travail est à son début. La poche des eaux est rompue depuis le 11 décembre, spontanément, à liquide clair. L'enfant se présente par le siège et cette présentation est haute, inaccessible.

Une sage-femme qui l'a examinée chez elle, le 12 décembre la tête est dans l'épigastre, le cœur fœtal bat régulièrement ; pas d'écoulement. La température est à 39°. Septoplax.

Quand elle est examinée, à son admission à la Maternité le 13 décembre, à 6 heures, la femme est à terme, présente une dilatation à 5 francs, siège décomplété, mode des fesses, très élevé, le col est épais. Le poulx bat à 80, la température à 39°2.

— 10 h. 30, les membranes sont rompues.

— 12 h. 10; transformation de la présentation qui est maintenant céphalique, très élevée, la stature sagittale très antérieure immédiatement au-dessus et en arrière de la symphyse pubienne. Dilatation petite paume, le doigt perçoit la bosse séro-sanguine. Les bruits du cœur ne sont plus audibles.

L'accouchement s'effectue normalement, 46 heures après la rupture de la poche des eaux, en OIGA, déga-

gement en OP. L'enfant naît-mort sans signes de macération, odeur fétide, poids : 3.030 grammes.

La délivrance est spontanée : 430 gr. La température atteint 38°5.

Iodoseptoplix : 6 gr. ; hémoculture positive.

Le 15 décembre, ascension thermique à 40°, puis grandes oscillations. Le 18, la température reste élevée. A l'occasion d'un toucher vaginal, on découvre un cordon veineux induré qui borde la lèvre du col. L'induration jusqu'au cul-de-sac latéral droit qui semble comblé.

Le même état thermique, l'induration s'élargit le 20 décembre.

Le 21, on commence à doser les sulfamides.

Le 22, l'induration gagne la base du ligament large.

Pendant les jours qui suivent, grandes oscillations.

Le 26, température à 41°.

Le 27, frissons à la suite desquels on administre chaque fois un solucamphre. Transfusion dans la soirée.

Le 28, une numération globulaire indique :

1.770.000 globules rouges ; 9.200 blanches ; polynucléaires : 89 ; mononucléaire : 1.

Le 29 décembre on soutient le cœur avec 30 gouttes d'ouabaïne et on injecte 500 gr. de sérum.

La température s'abaisse un peu le 30. Le cul-de-sac droit est induré. Le cœur a un souffle systolique de la base. Transfusion de 250 gr. et sérum (500 gr.). Solu-septoplix intra-veineux.

Les jours qui suivent voient la température s'abaisser et le cœur donner des signes de défaillance ; on fait une transfusion de 300 grammes.

Le 4 janvier et le 5, la température est basse et

on immobilise les jambes à cause d'un point douloureux de la jambe gauche sans signes de phlébite. La fatigue est extrême et la malade meurt le 5.

Observation n° 8.

Mme V..., Renée, 36 ans, multipare.

Son père est mort tuberculeux et un de ses collatéraux décédé de cause inconnue. Son époux est épileptique.

— En 1933, sa première gestation est sans histoire, mais l'enfant mourut au bout de quatre ans, de méningite tuberculeuse.

— En 1935, gestation normale mais l'enfant a des convulsions.

— En 1937, troisième enfant, bien portant.

— En 1942, accouchement normal, mais l'enfant meurt à deux mois de méningite tuberculeuse.

Hospitalisée deux mois en médecine avant de nous être passée, elle y a présenté un syndrome infectieux de nature indéterminée.

Quand elle entre dans le service, le 8 mars, enceinte de huit mois elle est dans un état lamentable : cachectique au teint cireux, dyspnéique, avec battements des ailes du nez ; elle tousse, elle crache. Elle a des œdèmes des membres inférieurs. On trouve de l'albumine dans ses urines. La température est aux environs de 37°.

L'accouchement se fait en 1 h. 10, par un siège en SIDP et manœuvre de Moriceau, tête dernière. L'enfant est en état de mort apparente et met cinq minutes à crier après les soins habituels.

La délivrance est naturelle : 500 gr. Le placenta est légèrement bordé, le cordon est excentrique.

A dater de ce 9 mars, la température grimpe de 38°4 à 40°2 le sixième jour. L'enfant a également une courbe élevée. Une recherche de germe s'avère négative.

Le 10, la mère atteint 38°8.

Le 13, l'enfant présente un ictère et ne réagit pas, ne crie plus. La mère est à 39°3.

Le 14, l'enfant meurt : hypertrophies splénique et hépatique. La mère est très mal, délire et on trouve à l'examen pulmonaire un foyer broncho-pneumonique aux deux bases : thiazomide et coramine.

Le 17 mars, la mère meurt à son tour après une courte période asphyxique.

L'autopsie montre l'existence d'un épanchement de liquide séro-fibrineux dans le péritoine (un verre environ). Dégénérescence graisseuse du foie, hypertrophique : 1.850 grammes.

Rate : 450 gr. Les reins, le pancréas, le tube digestif, l'utérus et ses annexes sont normaux.

On trouve 300 cc. de liquide séro-fibrineux dans le péricarde, mais le cœur est normal.

Quant aux poumons, ils sont granuliques, ce qui confirme la nature de l'affection.

Observation n° 9.

Mme D., Suzanne, 35 ans, primipare.

Rien de remarquable dans les antécédents.

Elle entre dans le service le 17 mars après avoir été accouchée en clinique le 1^{er} mars (à terme). L'application du forceps a été nécessaire, à dilatation complète pour descendre la tête. Délivrance naturelle ; membranes complètes, cordon court. L'enfant se porte

bien. La présentation était en OIDP et seul le défaut de progression de la tête avait imposé les fers.

Toujours en clinique, la mère présente une élévation thermique dès le troisième jour, qui s'abaisse au neuvième jour après sulfamides. Mais à la fin du dixième jour la température remonte en flèche et dès lors devient oscillante entre 39 et 41°. A partir du 12^e, deux puis quatre centimètres cubes de Propidon, et, 15 jours après son accouchement elle est admise.

Le 17 mars, cette femme, dont la température à 39°5, fait l'objet d'une hémoculture et d'une transfusion de 250 grammes, on prescrit l'iodo-septoplix à la dose de 6 gr. (ceci à 11 heures).

— A 17 heures, la température est à 41°, et s'accompagne de dyspnée marquée, 40 mouvements respiratoires à la minute, 130 pulsations régulières et bien frappées. Le toucher vaginal montre au niveau du cul-de-sac latéral droit un empâtement très marqué, peu douloureux. La palpation de la fosse iliaque droite rencontre une réaction de défense de la paroi, au-dessus de l'arcade crurale.

Le soir, malgré les sulfamides, la température est autour de 41°. L'auscultation du cœur montre la présence d'un souffle de la pointe, systolique, sans timbre musical ni irradiation. Les bruits sont assourdis.

Le 18 mars, l'hémoculture de la veille montre une variété de streptocoque qu'on envoie à l'Institut Pasteur aux fins d'identification. En attendant on administre 2 grammes de sulfate de cuivre intra-veineux.

Le 19 mars, la palpation abdominale révèle une spléno-mégalie importante, on pratique une transfusion de 250 grammes outre le sulfate de cuivre.

Le 20, un ictère s'installe progressivement et l'hépatomégalie s'affirme, le volume de la rate augmente

encore et une formule sanguine montre la diminution des globules rouges à 2.000.000. Les blancs sont à 6.400.

Le 21, on continue transfusion et sulfate de cuivre.

Le 22, vers 2 heures du matin, la malade meurt, succombe à une septicémie puerpérale dont il nous faut signaler l'origine hors service.

Observation n° 10.

Mme P..., 41 ans, multipare.

On ne trouve rien dans les antécédents, mais du côté obstétrical :

— En 1927, 1929 et 1935, accouchements normaux à terme.

— En 1939, fausse-couche de deux mois et demi.

— En 1941, accouchement prématuré à huit mois.

— En 1942, fausse-couche de trois mois ; le B.W. est négatif.

Enceinte de huit mois, elle est admise en médecine le 10 avril 1944, pour un accès fébrile qui accompagne des troubles pulmonaires :

Râles de congestion aux deux bases pulmonaires.

Insuffisance cardiaque associée.

A peine entrée, elle accouche prématurément en salle même, en présence d'une sage-femme du service. L'accouchement se fait par un siège complet, avec manœuvre de Moriceau pour l'extraction de la tête dernière. L'enfant bien constitué, met cinq minutes à crier après frictions et pèse 1.950 grammes. Le placenta est gros et pèse 390 grammes.

Le 11 avril, la mère et l'enfant nous sont passés. La mère est très dyspnéique et hyperthermique et sa mort

survient, trois jours après, infectée pulmonaire, malgré Dagénan, solucamphre et digitale.

Observation n° 11.

Mme L..., Madeleine, 30 ans, multipare.

Les antécédents révèlent que son père est mort tuberculeux à 42 ans, et une de ses sœurs est diabétique.

Elle-même est diabétique reconnue en 1936, après amaigrissement de 14 kilos.

Du point de vue gestation :

En 1943, avortement spontané de deux mois et curetté.

Lorsqu'elle entre dans le service, le 13 septembre 1944, elle est à terme, et au cours des six derniers mois elle a été traitée au corps jaune et vitamine E. On constate un excès de liquide, une urée sanguine à 0,30, une glucosurie à 6 gr. 84.

Normalement la malade reçoit de l'insuline ordinaire comme suit :

20 unités à 6 heures ; 20 à 12 heures ; 20 à 18 heures et comme régime :

Viande : 150 gr.; beurre : 70 gr.; fromage : 70 gr.;
œuf : 1 ; pommes de terre : 350 gr.; pain : 50 gr.;
vin : 250 ; café : 250 ; et 1 litre et demi de lait par jour.

Ce traitement sera toujours appliqué, même pendant la période de travail.

Les membranes sont rompues spontanément le jour même de l'admission et la présentation est favorable : dos à gauche. Les bruits du cœur sont bien perçus, mais le liquide est légèrement teinté et les contractions

utérines sont très espacées, quelques rares douleurs. La tête reste haut située.

Le 14 septembre. Les douleurs persistent, le col est effacé la hauteur utérine est de 37 cm.

— A midi, la présentation céphalique reste élevée, dos à gauche. Au toucher vaginal l'excavation reste vide et à bout de doigt on sent la tête fœtale. Le col est complètement effacé, perméable au doigt.

Le 15 septembre. On s'inquiète de ses urines : sucre et acétone absents, à 0 h. 15.

Trois heures plus tard, traces de sucre et d'acétone.

— A 6 heures, un peu de sucre, un peu plus d'acétone. On administre 20 unités d'insuline.

— A 8 heures, le sucre et l'acétone existent mais d'une façon moindre.

Le 16 septembre, on fait divers examens sanguins.

Glycémie : 0,40 %.

Réserve alcaline : 3 gr.

Urée, 0,33 %.

On pratique une opération césarienne basse, sans particularité. Pas d'hémorragie au cours de l'intervention.

Suites opératoires apyrétiques. Pouls normal.

Dix jours après l'intervention :

Le 26 septembre à 2 h. 35, la malade se plaint d'avoir soif d'air. Elle s'agite, demande un bassin, du sucre, puis présente quelques convulsions, du strabisme et au bout de quelques moments a de l'écume au coin des lèvres.

— 2 h. 45, coma complet avec cyanose et mouvements convulsifs. La respiration du type supérieur est faible. Le pouls est filant, les extrémités sont froides.

A ce moment, l'examen des urines ne révèle ni albumine, ni sucre, ni acétone.

On essaie en vain de faire un sérum glucosé intra-veineux.

40 cc. de sérum isotonique et un solucamphre sont injectés.

— A 2 h. 50, troubles du rythme respiratoire, avec de longues pauses, type Kussmaul. Le pouls est imperceptible. Les battements cardiaques sont faibles et se ralentissent.

On pratique la respiration artificielle, pendant qu'on administre Pressyl, colucamphre et 20 cc. de sérum glucosé intra-veineux.

— A 3 h. 5, arrêt de la respiration, les battements cardiaques sont imperceptibles.

Les mouvements de respiration artificielle sont entretenus jusqu'à 3 h. 20.

A la vérification, la branche droite de l'artère pulmonaire est oblitérée par un volumineux caillot, et de nombreux autres caillots organisés gisent dans le ventricule droit.

C'est une embolie au dixième jour, survenue sur un terrain diabétique.

Observation n° 12.

Mme D..., Marie, 34 ans, multipare.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et pathologiques.

Dans les antécédents de gestation :

— En 1929, accouchement normal à terme d'un garçon bien portant actuellement.

— En 1932, accouchement normal à terme d'une fille née morte (nœud du cordon).

— En 1933, accouchement normal à terme d'un garçon (en bonne santé).

— En 1940, accouchement normal à terme d'une fille macérée.

Les examens séro-sanguins ont toujours été douteux dans leurs résultats.

Au cours de la grossesse actuelle elle présente des petites hémorragies répétées, d'où traitement par le sulfar. La progression de cette grossesse est suivie en ville par une sage-femme qui note :

— Le 5 juillet 1944, quelques pertes sanglantes qui se répètent au courant des mois de septembre et octobre.

— Le 10 septembre, le Professeur DIGONNET appelé en consultation, constate que le fœtus est vivant, mais qu'il y a hydramnios avec insertion basse du placenta.

— Le 16 octobre, les membranes sont rompues spontanément, laissent échapper quatre à cinq litres de liquide, et à 4 heures du matin on ne peut se faire une idée sur la perception des bruits du cœur.

A 6 heures, le col est perméable au doigt : on décide d'admettre la femme à la Maternité.

A 7 heures, à peine arrivée, elle saigne abondamment, le pouls est presque incomptable. La tension artérielle est de 10-9, le faciès est pâle, le nez est pincé.

A 7 h. 15, la hauteur utérine est de 34 cm. La présentation très élevée atteinte à bout de doigt paraît être une tête. L'excavation pelvienne est vide. Le dos est à droite. On n'est toujours pas fixé sur les bruits du cœur.

Les contractions utérines sont indolores. Le vagin est encombré de caillots volumineux. Le col utérin est épais et dilaté. Sur son bord on sent une masse granu-

leuse qui ne recouvre pas entièrement la dilatation et qui paraît être une face placentaire. Le sang recueilli pèse 1 kg. 150.

A 7 h. 20, sérum sous-cutané de Normet, 5 cc. de solucamphre, Pressyl, Todd chaud.

A 7 h. 35, la femme ne saignant plus on appelle le transfuseur.

A 8 heures, la femme est en état de choc : le pouls disparaît par instants rapide et incomptable. La tension est à 8-6 1/2. Le faciès est pâle, les yeux sont excavés, les extrémités froides. On met la malade en position déclive en la réchauffant. Pressyl.

A 8 h. 15, la transfusion est pénible vue l'agitation de la transfusée ; en outre le donneur a une défaillance. 500 cc. de sérum sont injectés en plus du Normet intra-veineux. On attend un autre donneur.

A 8 h. 40, 300 grammes de sang sont transfusés. Le pouls redevient bien frappé, la tension remonte à 12-8, la femme ne saigne plus et se sent beaucoup mieux.

9 h. 20, la femme fait un grand frisson, elle ne saigne plus. La température est à 37°. On donne du septoplix. Les contractions utérines sont douloureuses, mais restent espacées. L'utérus est très tendu, d'une dureté ligneuse au moment des contractions. Il se relâche bien pendant les intervalles libres. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

A 10 h. 10, apparaît le premier vomissement. Le pouls est à 120, la température à 38°1, cependant la femme se recolore, en dépit de ses frissons. Ecoulement sanguin, léger et continu.

A 10 h. 25, nouvel état de choc à la suite d'une perte soudaine de 420 grammes de sang : solucamphre et Pressyl. Faciès pâle, yeux excavés, pouls incomptable et température 39°2.

A 11 heures, le pouls reste rapide et la femme recommence à s'agiter. La hauteur utérine est à 34 cm. L'utérus est contracturé, et la présentation longitudinale. Bruits du cœur douteux. L'excavation pelyienne est vide et le vagin toujours encombré de caillots. La dilatation est à petite paume. Dans le col on perçoit du placenta dans presque toute la surface de l'orifice de dilatation. En arrière et à droite on arrive à sentir une petite partie fœtale, vraisemblablement un pied.

Devant ce tableau tragique, hémorragique, et la probabilité de la mort du fœtus, l'indication d'intervention par voie vaginale est posée et on se bornera à faire un abaissement du pied pour favoriser l'hémostase.

A 11 h. 45, l'intervention est faite avec succès et l'état de la femme s'améliore. Le pouls est à 110 et elle ne saigne plus.

A 12 heures, on en profite pour faire une transfusion de 300 grammes. L'état s'améliore sensiblement et les muqueuses se recolorent.

A 13 heures, la femme ne saigne toujours pas et le pouls oscille entre 120 et 130 pulsations. La température est à 38°.

A 14 heures, pas de pertes.

A 16 heures, la fatigue s'approfondit en même temps qu'apparaît une dyspnée *sine materia*. La tension atteint 113-7 et la température 37°7. Le pouls est rapide, mais bien frappé. Pas d'écoulement sanguin.

Les contractions utérines sont très espacées et durent une minute environ. On injecte 2 unités d'hypophyse qui provoquent une seule contraction utérine douloureuse.

A 16 h. 15, cependant, malgré un état apparemment stationnaire, le faciès s'altère, la gêne respiratoire s'ac-

centue, et le refroidissement des extrémités oblige à réchauffer la parturiente.

A 17 heures, l'agitation recommence, la température atteint 36°9.

A 17 h. 15, l'état général s'aggrave brusquement, la dyspnée s'intensifie. Avec la gêne respiratoire s'accroissent des signes sensoriels : vertiges, bourdonnements d'oreilles, etc... et malgré le solucamphre, et un Pres-syl intra-veineux la mort survient. L'arrêt respiratoire s'effectue très rapidement, le pouls battant encore un peu faiblement et à intervalles très espacés. L'injection intra-cardiaque d'un milligramme d'adrénaline reste sans effet. L'enfant n'a pas été extrait.

Observation n° 13.

Mme J..., Simone, 22 ans, primipare.

Dans ses antécédents on relève le décès du père cardiaque et celui d'un collatéral cardiaque également.

Avant d'entrer à la maternité, elle est hospitalisée en Médecine pour y être traitée d'une anémie grave qu'on attribue d'abord à un traitement spécifique au Novar.

Elle aurait présenté, en effet, quelques temps auparavant une roséole typique. En outre, la famille prétend que la jeune femme ne se remet pas d'une angine qu'elle traîne depuis longtemps (?).

Dans ce service de médecine où on a pratiqué une transfusion tous les deux jours, la malade présente le 31 octobre 1944 une crise cardiaque grave suivie d'hémoptysie. Dès lors, sa température oscille entre 38° et 40°.

Cependant, quand elle est admise, le 2 novembre

1944, à 2 h. 30 dans le service de Maternité, le thermomètre indique 37°. Elle est enceinte de huit mois et demi. La poche des eaux se rompt spontanément et on installe un traitement sulfamidé. Il n'y a pas encore de contractions utérines.

Dans la matinée, vers 9 heures, la malade est prise d'une épistaxis importante qui nécessite l'intervention du spécialiste. La dilatation s'effectue lentement.

Le 3 novembre vers 16 heures, la femme se plaint d'un point douloureux dans le côté gauche et présente un état dyspnique. L'auscultation révèle un petit foyer supérieur gauche avec souffle et crépitations. La dilatation se poursuit très lentement.

Vers 20 heures, on pratique un temps de coagulation qui est de dix minutes ce qui amène une injection d'hémocoagulène : 5 cc. sous-cutané.

Le 4 novembre, vers 0 h. 20, la dilatation est complète, la tête est fixée, mais la femme est si faible qu'on juge nécessaire l'application de forceps Tarnier. La tête est en oblique ODP. On fait une prise directe et à 1 h. 20, naît une fille de 2 kg. 510, très normale.

Aussitôt après, un petit saignement apparaît à chaque contraction utérine. La délivrance ne se détachant pas complètement une délivrance artificielle s'impose. Le placenta est enchâssé dans la corne utérine droite, très haut. Retiré, il pèse 490 grammes. On fait une injection d'hémopavérine. Immédiatement après la délivrance la femme saigne abondamment et on recueille 2 kg. 600 de sang. On fait deux injections d'hypophyse à une demi-heure d'intervalle et on masse l'utérus, ce qui arrête l'hémorragie, et on administre un solucamphre. On y ajoute une transfusion de 300 grammes et 250 grammes de sérum physiologique intra-veineux.

A 2 h. 30, la femme s'agite, se décolore, se refroidit.

Le pouls est incomptable, une dyspnée s'installe. De nouveau, on injecte 300 grammes de sang et 250 grammes de sérum glucosé. On réchauffe la malade.

A 3 heures, le pouls est à 130, les muqueuses se recolorent légèrement, la dyspnée s'atténue, mais les battements des ailes du nez persistent.

A 3 h. 10, l'utérus est encore un peu mou : on injecte une ampoule de spasalgine.

A 9 h. 30, la situation est rétablie, le pouls est bien frappé à 110, l'utérus montre un globe de sécurité, la femme ne saigne plus. Une numération globulaire montre :

— 1.940.000 globules rouges,

— 4.800 globules blancs.

Du 5 au 8 novembre les transfusions quotidiennes de 150 grammes maintiennent la malade et on peut suivre les oscillations de la numération globulaire :

Le 6 novembre : 2.960.000 rouges ; 3.000 blancs. Anisocytose très indiquée. Température 39°3.

Le 7 novembre, température 39°8.

Le 8 novembre, 2.100.000 globules rouges ; 3.200 globules blancs, température 38°2.

Sur le fond dyspnéique, s'installe une toux avec expectoration. Le foyer occupe maintenant la partie moyenne de l'hémithorax gauche.

Le 9 novembre, température 39°4.

Le 10 novembre, température 38°.

Le 11 novembre, température 39°1, 40° le 12.

Le 13 novembre, 1.410.000 hématies.

Hémoglobine à 50 %, valeur globulaire 1,5, 1.600 leucocytes. Température 39°.

Le 14 novembre, température 39°.

Le 15 novembre, 1.440.000 hématies, 1.200 leucocytes. Valeur globulaire 1,7. Une ponction pleurale amène du sang.

A partir du 16, les transfusions sont de 300 grammes auxquelles on ajoute, solucamphre, eucalyptine, éphédrine, hépagyl.

Le 17 novembre, 1.110.000 globules rouges ; 1.400 globules blancs ; valeur globulaire 1,3 ; hémoglobine 30 % ; température 40°4.

Le 18 novembre, température 40°5. Application de ventouses sur les bases.

Le 19 novembre, température 40°6.

Le 20 novembre, 1.710.000 globules rouges ; leucocytes 800 ; valeur globulaire 1,1.

En outre, une formule globulaire montre : polynucléaires neutrophiles: 55 ; basophiles: 0 ; éosinophiles: 0 ; grands mononucléaires : 5 ; moyens : 3; lymphocytes : 37.

Anisocytose très marquée. Plaquettes sanguines 80.000.

Le 21 novembre, la tension s'abaisse à 9-5,5.

Le 22 novembre, décès de la femme et la dernière numération de 2.190.000 hématies, de 600 leucocytes, signe l'anémie pernicieuse, non gravidique, puisque la famille interrogée, mentionne l'état anémique antérieurement à la grossesse.

Si nous voulons maintenant faire une classification rapide, nous constatons dans l'ensemble:

— Trois décès par infection puerpérale, dont deux viennent du dehors, en pleine élévation thermique.

— Deux décès consécutifs à des suites opératoires de césarienne : l'un est purement obstétrical, dû à une inertie utérine, l'autre à une embolie sur un terrain diabétique.

— Deux décès dus à une infection pulmonaire : une pleurésie purulente à pneumocoque entre en état délirant, et une congestion pulmonaire double, en hyperthermie est accouchée en médecine.

— Deux cas d'embolie.

— Deux accidents dus probablement aux arsénobenzols.

— Deux cas enfin répondent à des hémorragies de la délivrance et d'une insertion basse du placenta.

En 3 ans, donc 13 décès. C'est-à-dire 0,29 % des accouchements alors qu'ordinairement ce rapport varie entre 0,30 et 0,40 %.

Comme nous le disions plus haut, nous voyons combien faible est la proportion qui revient à l'infection dans la mortalité maternelle.

Cette faible proportion se retrouve dans les suites de couches et nous avons cru utile de compléter notre

étude en donnant un aperçu du nombre et de la nature des infections dites puerpérales.

Pendant le même laps de temps, nous relevons :

	1942	1943	1944
Salpingites	2	0	0
Métrites	4	8	5
Endométrites	7	15	5
Phlébites des membres inférieurs	1	1	0
Phlébites utéro-ovariennes	4	3	0
Phlegmon du ligament large	3	0	0
Température post-opératoire	9	3	4

Pour illustrer cette heureuse proportion, il convient de parler des grands principes qu'on applique dans le service du Professeur DIGONNET.

Indépendamment des carnets de santé et des fiches de consultation qui suivent chaque femme, la fiche d'admission qu'on remplit à l'entrée permet déjà de prendre les précautions nécessaires.

Avant toute chose, sitôt entrées, les femmes ne gardent aucune pièce de lingerie personnelle et sont fournies par l'hôpital, et c'est une première mesure de prophylaxie. De même le minimum d'accessoires de toilette personnels est toléré.

A l'entrée, trouve-t-on une élévation thermique, la femme est dirigée sur une salle d'isolement.

Les salles d'isolement sont nettement séparées des autres salles et le personnel hospitalier des différents pavillons est fixe. Enfin on évite de laisser circuler les personnes étrangères au service.

Les précautions que doivent prendre médecins, sage-

femmes et infirmières, sont aussi grandes, et en temps normaux, les blouses sont changées autant que faire se peut. En principe on doit entourer un service d'accouchement avec autant de soins qu'un service de chirurgie. En particulier, il faut considérer le toucher vaginal comme un véritable acte opératoire : il est donc recommandé de se laver les mains scrupuleusement selon le rite chirurgical. Les doigtiers sont évidemment stériles, mais dès qu'une femme a perdu les eaux, elle est pourvue d'une garniture stérile, et il est prudent d'éviter le toucher vaginal.

Outre ces mesures de défense passive, la thérapeutique sulfamidée est de rigueur aussi bien pour les femmes dont la poche des eaux s'est rompue, et qui sont apyrétiques, que pour celles qui présentent une élévation thermique.

En ce qui concerne le pur acte obstétrical, là encore il est inutile d'insister sur la nécessité de l'aseptie, mais lorsqu'on se trouve devant l'éventualité d'un forceps, il est bon de se rappeler qu'il est parfois préférable de renoncer à une application spectaculaire et acrobatique, plutôt que de risquer le pire.

Ce sont là quelques détails qui ont leur importance.

CONCLUSIONS

— La mortalité maternelle globale est de 13 décès, ce qui représente sur 4.500 cas, une proportion de 0,29 %.

— En retirant les cas douteux, c'est-à-dire ceux qui viennent de l'extérieur en état critique, la mortalité s'abaisse à 1/1.000.

— La mortalité due à l'infection puerpérale est de 1/4.500.

— Les mesures de prophylaxie et la thérapeutique sulfamidée préventive et curative sont pour beaucoup dans l'abaissement de la mortalité.

Il serait désirable d'abaisser encore ces proportions, mais il est difficile de pousser plus loin car il faut toujours compter avec les cas devant lesquels on se trouve désarmé même quand on est prévenu.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN.

Vu, le Président de Thèse :
LEVY-SOLAL.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

P A R I S
